FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE

Par M. MARCEL-EUGÈNE-MARIE BUTEL

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

EX-INTERNE DE LA MAISON DÉPARTEMENTALE DE LA SEINE

Né à Paris, le 6 octobre 1884.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PHLÉBITES VARIQUEUSES DU MEMBRE INFÉRIEUR

Président : PIERRE DELBET, professeur.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie. Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. N...
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. GILBERT. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GILB. BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE.
Clinique chirurgicale	RECLUS. SEGOND. QUÉNU. PIERRE DELBET.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM. BALTHAZARD	MM. DESGREZ	MM. LECÈNE	MM. OMBRÉDANNE
BERNARD	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRANCA	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LERI	RETTERER
BROCA (And.)	GUÉNIOT	LOEPER	RICHAUD
BRUMPT	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
CAMUS	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
CARNOT	JOUSSET (A.)	MORESTIN	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LABBÉ (Marcel)	MULON	SICARD
CHEVASSU	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TIFFENEAU
COUVELAIRE		OKINCZYC	ZIMMERN

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

QUI FUT MON PREMIER MAITRE

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MON ONCLE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PIERRE DELBET

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

pas d'exposer le malade à faire ultérieurement une nouvelle localisation infectieuse sur les veines épargnées.

Aussi soulèverons-nous ici deux questions nouvelles. C'est de savoir :

1° Si l'on n'a pas intérêt à intervenir à chaud alors que les symptômes généraux traduisent, de l'aveu de tous, une tendance à l'extension ou une menace de complications, embolie ou septico-pyohémie ;

2° Si on peut, après avoir pratiqué l'exérèse du noyau phlébitique, faire une intervention aseptique sur les autres veines variqueuses.

L'idée de ce travail nous a été suggérée par notre maître, M. le Dr Reymond. Il a lui-même opéré suivant la technique que nous indiquons des malades atteints de phlébite superficielle du membre inférieur ; nous avons pu, nous-même, grâce à la bienveillance de notre maître, intervenir personnellement et nous rendre compte de l'excellence des résultats obtenus. Nous lui devons d'avoir pu réunir 15 observations provenant de son service.

Nous tenons ici à remercier notre maître pour les conseils qu'il nous a prodigués au cours de cette étude, pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et la grande initiative qu'il a bien voulu nous laisser dans son service. Nous le prions d'agréer l'expression de notre très vive reconnaissance et de notre profond respect.

Nous ne ferons pas entrer dans le cadre de cette étude la phlegmatia alba dolens; nous pensons, en effet, qu'une des conditions essentielles du bon résultat opératoire est la limitation de l'infection au territoire veineux superficiel facilement accessible. « Une contre-indication impérieuse est constituée par l'étendue même de la phlébite à un grand nombre de veines : la phlegmatia alba dolens est le type de la forme devant laquelle on reste impuissant[1]. »

Nous écarterons également la phlébite syphilitique qui peut, au cours de la période secondaire, revêtir une forme aiguë et se greffer sur des veines variqueuses : elle relève du traitement spécifique et non du traitement chirurgical.

1. Reymond : *Congrès de Chir.*, 1910.

HISTORIQUE

Nous exposerons d'abord brièvement l'évolution des idées au sujet des opérations sur les veines enflammées. Cet historique est d'ailleurs déjà tracé dans les thèses de Robineau (1898) et d'Etienne (1903) auxquelles nous ferons de nombreux emprunts.

Trousseau fut un des premiers à signaler, sinon à recommander, la ligature de la veine en aval du caillot.

Avant lui, Hunter, le premier, en 1773, conseilla une compression méthodique au-dessus des téguments veineux enflammés, afin de faire adhérer les parois veineuses.

Breschet propose ensuite d'isoler les veines par sections transversales.

Abernethy (1825), puis Sédillot dans sa thèse d'agrégation (1832), reprennent les idées de Hunter. En 1849, Sédillot décrit sa technique qui consistait à oblitérer les veines enflammées naissant du foyer suppuré par des raies de feu, afin d'obtenir une phlébite oblitérante.

Lee, en 1865, rapporte deux cas de blessures de la main suivies de thromboses de la veine céphalique. Il pratique l'oblitération de celle-ci à l'aide d'une épingle qu'il passe sous la veine. La compression est assurée par un fil serré en huit de chiffre autour de l'épingle. Ces deux cas furent suivis de guérison.

En 1870, Raynaud propose de lier la veine fémorale pour obvier aux accidents d'infection purulente.

Rigaud en 1875, chez un homme atteint d'accidents emboliques consécutifs à une phlébite variqueuse, dénude la saphène interne, passe sous elle une bandelette de linge qui tombe spontanément cinq jours après. La veine s'est rompue. Guérison.

Mendel (in *Arch. gén. de Méd.*, publiées sous la direction de

S. Duplay, 1894) rapporte deux cas de phlébites syphilitiques tertiaires, siégeant l'une sur la veine jugulaire, l'autre sur la veine fémorale, prises pour des tumeurs malignes et opérées en 1881 par Langenbeck.

En 1881, Demons publie, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*, le cas suivant : pour une phlébite des veines du pli du coude, suite de traumatisme, qui avait déjà donné naissance à des accidents septicémiques, il ouvre les vaisseaux malades, les vide de caillots, les lave ainsi que la plaie opératoire avec du chlorure de zinc au douzième. Il pratique ensuite le pansement de Lister et obtient la guérison.

Laveran et Tissier rapportent un cas où Guéneau de Mussy pratiqua une ligature pour embolie.

C'est alors qu'apparaît plus ou moins modifié le traitement que nous préconisons. L'historique de la phlébectomie a été établi par Longuet et Balthazard, dans la période qui s'étend entre 1891 et 1898.

Quénu en 1891, Schwartz et Quénu en 1892, à quelques jours d'intervalle, pratiquèrent chacun une intervention sanglante pour phlébite variqueuse de la saphène interne. Les résultats furent excellents.

En 1893 Isch Wall communiqua à la Société de chirurgie l'observation d'une malade atteinte de phlébite grave de la saphène interne avec embolies et fièvre. Il pratiqua la ligature de la saphène à 2 centimètres de son embouchure avec résection des 10 centimètres sous-jacents. Au bout d'un mois, elle partait à la campagne (obs. XIV).

Mérieux, dans sa thèse, rapporte deux cas d'intervention simple pour phlébite suppurée.

L'année suivante, 1894, Segond, croyant avoir affaire à une hernie crurale étranglée, se trouve en présence d'une phlébite et la résèque. Quénu, Sebileau publient deux observations.

En 1896, Schwartz, puis Quénu, quatre cas, dont deux publiés par Quénu, sont relatifs à des femmes enceintes ; évolution normale de la grossesse.

A la fin de 1897, prend place une observation de Schwartz rapportée par Guériteau.

En 1898, paraissent de nombreuses observations de phlébectomies : Schwartz deux cas, Guériteau publie dans sa thèse une deuxième observation de Schwartz.

Picqué rapporte une observation personnelle relative à l'extirpation d'une tumeur variqueuse thrombosée située dans le voisinage de la rotule. Quénu publie trois nouveaux cas. Enfin Robineau, dans sa thèse inaugurale, rapporte quinze cas empruntés à Schwartz et à Quénu. Puis paraît le travail de Longuet et Balthazard qui s'occupent uniquement de la thrombophlébite variqueuse adhésive.

En 1899, Morestin présente à la Société anatomique deux cas de phlébectomie, dont une pratiquée sur une phlébite variqueuse suppurée d'origine puerpérale. M. Morestin intervenant, alors qu'une embolie s'était déjà produite, put enlever de l'ampoule de la saphène un caillot se prolongeant jusque dans la fémorale.

En novembre, Auvray rapporte un cas de phlébite suppurée, traitée par phlébectomie, et Morestin trois nouveaux cas.

En 1902, Longuet et Péraire, Wagon et Bouchet, Riche puis Ricard publient quatre cas nouveaux.

En 1903, Le Dentu en rapporte un. Puis, paraît la thèse d'Etienne qui rapporte vingt-cinq observations de phlébectomie.

En 1904, nous retrouvons un cas publié par Terrier et Reymond. Un autre est présenté en 1905, par Reymond et Sénéchal à la Société anatomique.

Schlissinger présente en 1907 une thèse sur le traitement chirurgical des phlébites superficielles et publie neuf observations nouvelles de phlébectomies, pratiquées dans le service de M. Reymond.

La même année M. le professeur Delbet met en évidence l'insuffisance de la valvule ostiale de la saphène, en lui faisant jouer un rôle prépondérant au point de vue pathogénie des varices : il anastomose directement la saphène interne dans la fémorale au-dessous du premier étage valvulaire de celle-ci.

Sénéchal présente, en janvier 1908, deux nouveaux cas de phlébectomie pour phlébite variqueuse à la Société anatomique.

Depuis, nous n'avons pas retrouvé de nouvelles publications et il faut arriver à la thèse de Cuny (1911) pour retrouver un travail d'ensemble sur la question.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PHLÉBITES VARIQUEUSES DU MEMBRE INFÉRIEUR

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Il ne fait de doute pour personne que la phlébite soit toujours d'origine infectieuse. Mais il faut dire aussi que l'infection nécessaire peut être extrêmement atténuée et fort difficile à retrouver.

Cornil, Gaucher, Durand-Fardel ont décélé la présence de microorganismes dans les thromboses veineuses. Doléris a démontré la nature infectieuse de la phlegmatia des accouchées. Widal a cultivé des streptocoques provenant des veines thrombosées.

Enfin Vaquez, en 1890, a substitué à la théorie marastique la théorie de la phlébite infectieuse.

Une des causes prédisposantes les plus nettes réside dans l'existence de varices et c'est ce qui explique la fréquence des phlébites variqueuses.

Il s'est créé là un lieu de moindre résistance, qui détermine la localisation de l'infection, et ce pour deux raisons différentes;

a) Altérations profondes des éléments histologiques de la veine.

b) Ralentissement de la circulation dans le territoire variqueux.

Si l'on examine des veines variqueuses, on constate que l'altération des parois est irrégulière : celles-ci sont amincies en certains points, épaissies en d'autres, ce qui explique la formation des ampoules et sinuosités que l'on rencontre ordinairement.

L'épaississement des parois porte d'abord sur la tunique moyenne de la veine : au premier stade, la tunique interne n'est pas sensiblement modifiée.

Tout d'abord dû à la multiplication des fibres lisses et à une légère hyperplasie du tissu conjonctif, l'épaississement de la tunique moyenne ne relève bientôt plus que de l'hyperplasie conjonctive qui détruit peu à peu le tissu musculaire. De plus, il est fréquent que des poussées inflammatoires légères viennent modifier l'aspect des lésions sur des varices anciennes : les altérations portent alors sur l'endoveine, réalisant une sorte de phlébite chronique. Celle-ci n'aboutit pas à l'oblitération du vaisseau, mais elle peut, à la moindre poussée nouvelle, déterminer la thrombose par endophlébite végétante.

De plus, comme l'ont montré des travaux récents, la phlébosclérose en raidissant et immobilisant les valvules en a déterminé l'insuffisance. Ce processus atteint le plus ordinairement les veines communicantes et leurs valvules : ainsi deviennent possibles et se produisent les deux phénomènes générateurs de la stase sanguine, savoir le reflux superficiel et le reflux profond.

On conçoit alors combien ces deux facteurs, altération profonde du tissu veineux, stase sanguine, favoriseront la localisation de l'infection au niveau du territoire variqueux, avec quelle facilité se fera la fixation des microorganismes sur des téguments aussi profondément modifiés, au contact desquels ils doivent séjourner, que ces microorganismes viennent de l'extérieur par une plaie ou de l'intérieur avec le sang.

C'est ce qui nous explique la susceptibilité des variqueux à la moindre infection, si minime soit-elle, infection qui, très probablement, chez un individu sain, eût disparu sans laisser aucune trace de son passage.

L'infection veineuse peut être ou directe, relever d'une cause locale, ou indirecte, dépendre d'un état général.

Dans nos observations, nous avons pu relever sept cas d'infection directe : les causes locales ont été dans quatre cas une

plaie du pied; dans un autre cas, un abcès du pied. Dans les deux derniers, le point de départ de l'infection a été l'existence d'ulcères variqueux.

L'infection à distance a été relevée cinq fois : deux fois à la suite d'infection puerpérale atténuée. Dans deux autres cas, la phlébite est consécutive à une mastoïdite. Enfin, nous avons relevé une observation de Quénu dans laquelle l'origine de la phlébite semble être un abcès dentaire.

Dans ces derniers cas, l'infection veineuse est une localisation particulière d'une infection générale transmise par voie sanguine. C'est dans ce cadre que rentrent les phlébites consécutives aux maladies générales, fièvre typhoïde, grippe, par exemple.

Dans trois de nos observations, la porte d'entrée de l'infection n'a pu être décelée. Mais cela ne saurait nous surprendre. Il n'est pas toujours nécessaire que le malade ait un accident, une infection, un abcès visible ou palpable en quelque point de son organisme pour voir se développer une phlébite.

Nous savons qu'il faut bien peu de chose pour que les microbes pénètrent dans le torrent circulatoire, et souvent la raison de cette irruption échappe complètement.

Nous emprunterons à la thèse d'Etienne un exemple frappant à ce sujet :

« Un docteur de la Faculté faisant un jour des examens de « sang de malades, au point de vue bactériologique, eut l'idée « de se faire une prise à lui-même, pour avoir du sang témoin « normal. Quelle ne fut pas sa stupéfaction d'y trouver à « l'état de pureté du staphylocoque doré! Or, à ce moment, « son état général était satisfaisant Huit jours plus tard, « apparaissait un anthrax grave du dos. La localisation s'était « faite. »

CHAPITRE II

TRAITEMENT LOCAL NON OPÉRATOIRE DES PHLÉBITES SUPERFICIELLES DU MEMBRE INFÉRIEUR

« Le traitement médical de la phlébite variqueuse superficielle ou profonde, c'est-à-dire le repos dans une gouttière, « si la phlébite est unilatérale, ou une gouttière de Bonnet, si elle est double, est encore le meilleur traitement actuel « des phlébites.

Le malade, restera horizontal, sans s'asseoir sur son lit, « car alors il comprime la veine fémorale, légèrement, il est vrai, mais cela peut suffire, à mon avis, pour y provoquer « une coagulation[1]. »

Ainsi s'exprime M. Mauclaire, dans le rapport qu'il fit au Congrès de Chirurgie sur la phlébite variqueuse et ses complications. Il résume, semble-t-il, l'opinion générale qui domine encore la thérapeutique de la phlébite.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de résumer ici les règles du traitement médical le plus généralement adopté.

Beaucoup de traitements ont été préconisés dans le seul but de permettre l'adhérence du caillot dans de bonnes conditions, éviter l'embolie et empêcher l'extension de la phlébite.

L'immobilisation du membre atteint doit être aussi complète que possible : tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

On place la jambe dans une gouttière de fil de fer s'il n'y a qu'un côté pris, dans une gouttière de Bonnet si la phlébite est bilatérale. Le membre doit reposer horizontalement dans l'extension, le corps bien à plat sur un lit non creusé. La gouttière doit être bien calée, remonter jusqu'en haut de la cuisse avec une large échancrure interne. Vaquez recommande en outre de

1. Mauclaire : *Congrès Chir.*, 1910.

jeter autour du corps, à la partie inférieure du tronc, un drap d'alèze qui l'applique sur le lit et se fixe au matelas par ses extrémités.

« On est, de cette façon, assuré de l'immobilisation du tronc et du bassin et l'on n'a pas à redouter une flexion involontaire sur la cuisse, laquelle, on le sait, est le plus capable de déterminer la production d'embolie et surtout lorsque les coagulations ont envahi les veines du bassin[1]. »

Pinard a préconisé, à cette période, l'enveloppement du membre à l'aide de compresses imbibées d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque ou d'une eau saline naturelle. Ces enveloppements ne paraissent avoir aucune action sur l'évolution de la phlébite et nécessitent des changements de pansement toujours susceptibles de provoquer des mouvements dangereux. Il est préférable de s'en abstenir.

La discussion commence lorsqu'il s'agit de fixer la durée de cette immobilisation rigoureuse et le traitement consécutif.

Autrefois, l'immobilisation était fort longue, durait autant que persistait l'œdème : c'était un minimum de six semaines à deux mois, bien souvent plus. Cette immobilisation prolongée entraînait des atrophies musculaires, des raideurs articulaires et même des déformations.

Actuellement, sous l'influence des travaux de Dagron, de Vaquez et de Marchais, on réagit contre une durée aussi longue et Vaquez, pensant qu'une mobilisation lente et progressive, tout en étant sans danger, permettrait d'éviter les troubles trophiques, pose les trois indications qui peuvent conduire à décider la mobilisation :

a) Absence complète d'élévation thermique depuis vingt jours (d'où nécessité de prendre la température tous les jours) ;

b) Indolence absolue des veines à la palpation ;

c) Décroissance progressive de l'œdème.

C'est encore à Vaquez que nous emprunterons les règles précises qu'il faut suivre dans la mobilisation :

Première semaine : les mouvements communiqués sont purement passifs, effleurages de la peau, mobilisation partielle des articulations des orteils et du pied.

Deuxième semaine : massage des masses musculaires avec

1. Vaquez : *Sem. méd.*, Trait. des phléb. des membres, 1905, n° 30.

mobilisation plus active des articulations sans les fléchir encore, en évitant la région des gros troncs vasculaires.

A partir du trente-cinquième jour, toute la pratique du massage est autorisée sans violence.

Au quarantième jour, le malade commence à faire quelques pas, la jambe entourée d'un crêpe Velpeau.

L'électrisation, les bains, une saison à Bagnoles-de-l'Orne, à Bourbon-Lancy, à Aix-les-Bains, pourront aider au retour de la souplesse et de la vigueur.

Toutefois, il est à noter que, chez les variqueux, ce sont surtout les veines superficielles qui sont atteintes, et dans cette forme « la plus désespérante de la phlébite » à laquelle Vaquez donne le nom de septicémie veineuse subaiguë, la phlébite ne reste pas localisée au point primitivement pris, elle s'étend par poussées régulières et successives le long du territoire veineux.

Le même traitement peut être appliqué, mais plus que jamais il importe de tenir grand compte, pour déterminer le moment où l'on pourra commencer la mobilisation, de la moindre élévation de température, indiquant chaque fois une reprise aiguë ou subaiguë. Et encore devra-t-on, vingt jours après la dernière poussée, se borner à de petites et prudentes mobilisations articulaires, sans aucun massage ni effleurage!

Par contre, on s'accorde, en général, à recourir au traitement chirurgical lorsque, au cours d'une phlébite traitée médicalement, de petites embolies bénignes en font craindre de plus graves, ou quand une phlébite grave fait redouter une généralisation de l'infection.

Mais, comme le dit notre maître, M. Reymond, nous avons vu au cours du traitement médical survenir des embolies mortelles; une phlébite superficielle se propager de proche en proche et gagner les gros troncs veineux. Il laisse trop souvent un membre impotent, alors qu'une thérapeutique chirurgicale judicieusement établie met, à coup sûr, le malade à l'abri de toutes ces complications.

CHAPITRE III

RÉSULTATS OBTENUS PAR LE TRAITEMENT NON OPÉRATOIRE

« Le traitement médical est purement palliatif et, malgré l'immobilisation, les liniments, les malades ne sont pas à l'abri des dangers. De plus, la maladie est longue[1] ».

C'est pour remédier aux inconvénients d'une trop longue immobilisation que Sagot, dans sa thèse, puis Vaquez et Marchais, ont préconisé le traitement par mobilisation précoce. Bien que Sagot ne relève aucun accident consécutif à cette pratique, on ne peut affirmer qu'elle soit sans danger. D'ailleurs, en prélevant quelques-unes des observations consignées dans cet ouvrage, nous pourrons nous rendre compte de la durée de la phlébite traitée médicalement. Et encore pourrons-nous constater, à la lecture des trois dernières observations, qu'il subsistait, au bout de plusieurs mois de traitement, des douleurs, de l'œdème léger et même, dans un cas, (obs. XXI) de légères poussées thermiques[2].

Observation de Mérieux. — Phlébite variqueuse à récidives et poussées successives. Entrée le 23 octobre 1880 dans le service de M. Bouilly, la malade commence à se lever le 10 décembre.

Observation XX. — Phlébite variqueuse à poussées successives. Mobilisation précoce. Début le 1er janvier 1902. Rentrée dans l'ordre le 15 juillet 1902.

Observation XXI. — Phlébite variqueuse à poussées successives dans les deux saphènes et la tégumenteuse abdominale. Début le 8 août 1901. Au 14 octobre 1901, elle n'est pas finie. Il existe encore de légères poussées thermiques et de la douleur.

Observation XXV. — Phlébite consécutive à un trauma traitée par mobilisation. Début le 14 juillet. Il existe encore de l'œdème le soir du 12 septembre.

1. Robineau : *Thèse*. Paris, 1898.
2. Sagot : *Thèse*. Paris, 1902.

Observation XXVI. — Phlébite consécutive à un trauma avec plaie suppurante. Mobilisation précoce. Durée inconnue. Conserve après la guérison de l'œdème classique des malléoles.

Soit une immobilisation dont la durée varie de deux à six mois. Et encore la guérison ne peut-elle être considérée comme définitive. Chez un malade de Longuet et Balthazard l'affection dure quatre mois. Dans deux cas, rapportés par Picqué et Quénu, l'évolution est portée respectivement à huit et quinze mois!

On voit combien la phlébite est rebelle à un traitement médical, et l'on conçoit combien il peut être pénible de se voir condamné à une immobilisation rigoureuse d'aussi longue durée. A plus forte raison sera-t-il difficile d'imposer un traitement aussi long chez un malade obligé de travailler qui compte les jours d'absence de travail sans apporter un trouble considérable dans sa vie sociale.

La phlébite, surtout lorsqu'elle est variqueuse, est sujette, nous l'avons vu, à des poussées aiguës incessantes, et il n'est pas rare de voir survenir une poussée nouvelle au déclin d'une phlébite. « C'est là le sort commun des phlébitiques, dit Lejars, alors que la maladie première n'a été en somme qu'une phlébite larvée. Pour larvée qu'elle soit, l'infection veineuse est tenace comme l'ostéite et devient souvent prolongée [1] ». — « Il y a des phlébites à répétition comme il y a des appendicites à répétition. » (Longuet et Balthazard) [2].

Dans une de nos observations (obs. XVI), la récidive se produit le jour même où le malade se lève, dans l'observation XI huit jours après la mobilisation. Dans un cas (obs. XVIII), le malade, avant d'être opéré, avait été traité dix-huit mois auparavant pour une phlébite du même côté.

Nous pouvons citer une observation rapportée par M. Paul Delbet [3] :

Observation III (résumée).

M. L..., quarante-quatre ans, entre à la maison de santé de la Madeleine le 10 décembre 1909.

Cultivateur, a depuis l'âge de quatorze ans des varices. Vient à Paris comme garçon de café à dix-sept ans.

1. Lejars : Phlébite latente chez les variqueux. *Leçons de Chirurgie*, p. 260.
2. Longuet et Balthazard : *Presse méd.*, 7 décembre 1898.
3. Paul Delbet : *Congrès Chir.*, 1910.

Varices bien supportées pendant sept ans, puis pesanteur, œdème malléolaire, et extension progressive du processus.

1891. Phlébite à la jambe gauche. Un mois de séjour à Beaujon.

1895. Deuxième phlébite nécessite un mois de séjour à Saint-Antoine.

1902. Troisième phlébite traitée deux mois à la Charité.

1909. Quatrième crise qui le tient quatre mois au lit.

Opéré en décembre 1909. Résection large des veines et de la peau allant du sommet de la cuisse à 10 centimètres de la malléole. Réunion *per primam.*

Neuf mois après, août 1911, le malade revu ne présente ni œdème, ni douleurs, ni dilatation variqueuse.

Dans cette observation, M. Paul Delbet note qu'à chaque nouvelle crise de phlébite il y avait extension progressive du processus: c'est là une complication toujours menaçante chez un malade traité médicalement.

Chez les malades variqueux en particulier, l'extension est favorisée par la stase : les valvules des veines du membre inférieur ne sauraient s'y opposer, puisque, dans la majorité des cas, il y a insuffisance. L'infection se propage de proche en proche, gagne les gros troncs veineux, la poplitée (cas de Péraire), la fémorale (cas de Le Dentu et Morestin), l'iliaque externe (cas de Damalix). On conçoit combien le pronostic s'est aggravé : si nous nous reportons aux observations qu'Etienne a publiées dans sa thèse, nous notons que le malade de Le Dentu est mort d'embolie, que celui de Damalix a succombé à la pyohémie, que la malade de Morestin a été sauvée par l'opération (obs. XXII). Dans les autres cas, l'infection est devenue inaccessible au chirurgien.

Il n'est pas exceptionnel non plus qu'une nouvelle poussée infectieuse, si légère soit-elle, vienne transformer une phlébite trombo-adhésive en phlébite suppurée : des abcès s'échelonnent le long des trajets veineux. C'est la phlébite segmentaire de A. Broca. Chaque abcès nécessite un traitement isolé approprié. Campenon compte jusqu'à 23 abcès chez une malade qu'il eut trois mois dans son service. Et encore dut-elle subir ultérieurement une ténotomie pour pied bot équin d'origine phlébitique. Il existe même des observations de mort par infection purulente.

Ailleurs, ce sont les douleurs névralgiques qui redoublent d'intensité à l'occasion d'une phlébite. M. Quénu a magistrale-

ment démontré que la névrite des variqueux était due aux varices des troncs nerveux qui dissocient et compriment les filets nerveux. Il est facile d'admettre que la phlébite de ces varices ajoute à l'intensité des accidents névritiques et donne lieu à des névralgies rebelles, intolérables, à des atrophies musculaires, parfois suivies de rétractions, pied bot, à des troubles trophiques cutanés, ulcères, maux perforants.

« Restent deux complications d'importance primordiale, l'embolie microbienne et l'embolie sanguine ». Accidents qui, lorsqu'ils se produisent, doivent donner des regrets à qui s'est contenté d'une thérapeutique expectante.

La septico-pyohémie d'origine phlébitique est relativement rare : la forme aiguë a été observée dans les phlébites variqueuses. Valette, Broca en citent des cas survenus chez des malades porteurs d'ulcères variqueux. Lejars [1] cite une observation de septicémie mortelle consécutive à l'incision d'une ampoule variqueuse thrombosée. Le malade de Damalix succomba à la pyohémie.

Dans d'autres cas, la septicémie revêt une allure chronique : la température s'élève; le malade pâlit, s'amaigrit. Il présente tous les signes d'une intoxication lente qui le conduit à un état de cachexie qui peut être mortel.

Si l'embolie sanguine est plus fréquente que l'embolie microbienne, il semble, par contre, que son pronostic soit moins sombre. « La mort subite est moins fréquente que certains auteurs ne l'ont cru » (Lancereaux). Dans bien des cas, en effet, il se produit une embolie unique, légère, guérissant par les seuls soins médicaux. Mais il subsiste toujours le danger de voir se produire des embolies successives. D'autres fois, et il en existe des exemples probants, une embolie mortelle se produit. Pauly [2] admet difficilement qu'un caillot puisse progresser librement à travers les sinuosités et les rétrécissement que présentent les ampoules variqueuses enflammées. Le fait est vraisemblable et explique la plus grande fréquence des petites embolies qui guérissent médicalement. Par contre, il n'en va pas de même pour les caillots formés par propagation dans les parties saines de la veine ou dans les veines pro-

1. Lejars : *Loco citato.*
2. Pauly : *Thèse.* Paris, 1908, nº 46.

fondes : un de ces caillots peut se détacher et déterminer une embolie mortelle.

Etienne rapporte une observation du professeur Le Dentu caractéristique à ce sujet : à l'autopsie, on trouve un caillot de 22 centimètres de long et de 7 millimètres de diamètre dans le tronc et la branche droite de l'artère pulmonaire; la branche gauche de l'artère est occupée par un caillot régulier, mou, de 3 centimètres et demi. Il fallut arriver à la saphène pour trouver des lésions importantes.

« Variqueuse à la jambe, elle présentait un peu au-dessus du genou plusieurs flexuosités remplies de caillots durs et adhérents; l'extrémité supérieure de ces caillots était déchiquetée. Le reste de la veine, parfaitement rectiligne, ne présentait aucune trace de phlébite. »

« M. Morestin a pu prendre sur le fait un caillot de ce genre chez une femme ayant déjà fait une embolie minime », ajoute Etienne (obs. XXII).

Robineau, dans sa thèse, cite onze cas d'embolies sanguines. Longuet et Balthazard consignent un autre cas de M. Le Dentu. Etienne rapporte encore une observation d'embolie survenue au cours d'une phlébite latente, observation due à M. le Dr Landais. Enfin Chabenat, dans sa thèse, a pu réunir cinq observations — dont une déjà éditée dans l'ouvrage de Robineau — d'embolies mortelles, suivies d'autopsies, survenues au cours de phlébites variqueuses.

Enfin, nous rappellerons que, dans d'autres cas, le chirurgien eut le temps d'intervenir chez des malades ayant déjà fait de petites embolies : un traitement chirurgical d'urgence fit cesser les embolies. Cas de Isch Wall (obs. XIV) et de Morestin (obs. XXII).

En résumé, nous voyons qu'au cours des phlébites traitées médicalement, de multiples accidents peuvent survenir :

Les uns, les plus graves, septicopyohémie-embolie;

Les autres, suppuration locale, troubles névritiques, diffusion de la phlébite, sérieux mais rarement mortels. Enfin, longue durée, possibilité de récidives, d'accidents tardifs, sont autant d'éléments qui assombrissent le pronostic et justifient l'intervention.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT CHIRURGICAL

On ne saurait discuter la légitimité de la phlébectomie : les cas publiés jusqu'à ce jour le démontrent jusqu'à l'évidence.

Personne ne peut soutenir que l'ablation partielle ou totale des veines saphènes puisse déterminer dans la circulation de retour du membre inférieur des troubles pouvant amener, soit de l'œdème, soit de la gangrène. Ces arguments n'existent pas lorsque les grosses veines fémorale et poplitée sont imperméables : il existe toujours de larges voies de rétablissement de la circulation. A plus forte raison n'existent-ils pas lorsqu'il s'agit des grêles veines saphènes, dont la fonction est déjà supprimée par les caillots qui les oblitèrent.

On ne saurait prétendre que les manœuvres opératoires, en détachant une embolie, rendent l'intervention dangereuse : le premier temps consiste toujours à lier le bout central de la veine pour couper la route aux embolies.

« Toutefois, il ne faut pas croire que l'embolie est impossible parce que l'on aura commencé par lier la saphène interne à son embouchure. Par la voie des veines communicantes, le caillot peut passer dans la veine fémorale et se rendre au cœur et aux poumons. Il y en a des exemples[1]. » M. Mauclaire fait allusion à des cas qui doivent être exceptionnels. Il s'agit là, en tout cas, de la mobilisation d'un de ces caillots formés par propagation, dont nous avons déjà signalé la fragilité. Or, rien ne prouve que la phlébite, eût-elle été traitée médicalement, l'embolie ne se serait pas produite. Cet accident semble d'ailleurs pouvoir être évité, si, sans se contenter de lier le bord

1. Mauclaire : *Loco citato.*

central de la veine, on lie également, comme nous l'indiquerons, le bout périphérique : on supprime ainsi la circulation dans le voisinage du caillot, et rend impossible sa mobilisation. De plus, cela nous confirme dans notre opinion qu'il faut opérer tôt, dès que la phlébite s'est déclarée, sans lui laisser le temps de gagner les veines profondes.

Il n'est pas plus logique, en présence d'une phlébite, de s'en tenir à l'expectative et de penser qu'il est temps d'en venir à un traitement chirurgical lorsque les accidents graves, embolie sanguine ou microbienne, se déclarent.

Quelques cas semblent donner raison à cette méthode : Isch Wall et Morestin ont pu sauver leur malade en faisant la ligature. Mais il ne saurait être question d'ériger en règle que l'on doit admettre le traitement chirurgical seulement à l'heure des complications. Une embolie grave, rapidement mortelle, peut survenir, sans petite embolie prémonitoire, et une seule mort, survenue ainsi, suffit à condamner la méthode temporisatrice.

Mieux vaut prévoir les complications, et le meilleur traitement préventif consiste dans la résection. Celle-ci, comme la ligature, coupe la route aux embolies : « elle est même supérieure à la ligature puisqu'elle nécessite la fermeture, non seulement des troncs principaux efférents, mais aussi de la totalité du circuit périphérique afférent ou efférent. Elle supprime les phlébites propagées, les prolongées, les récidivées, etc... Bref, *la phlébectomie est le traitement préventif de choix pour toutes les complications de ces thrombo-phlébites variqueuses*[1]. »

Nous partageons entièrement l'opinion de Longuet et Balthazard, mais nous estimons que la phlébectomie ne sera réellement préventive que si elle est pratiquée dès qu'éclatent les symptômes de début, alors que le malade présente non seulement les signes locaux de phlébite, mais un état général plus ou moins accusé et une température qui peut varier de 38 à 40 degrés.

Le malade est, en effet, porteur d'un foyer d'infection qui — les symptômes généraux et la fièvre le prouvent — est en pleine évolution, et il semble qu'il soit impossible d'attendre le refroidissement sans exposer le malade aux accidents

1. Longuet et Balthazard : *Loco citato.*

auxquels le traitement chirurgical se propose justement de remédier.

Que l'on veuille attendre que le refroidissement soit complet et l'on risque de condamner le malade à une période d'immobilisation très longue. Nous avons été frappé, chez les malades qu'il nous a été donné d'observer dans le service de M. le Dr Reymond, de la ténacité désespérante de l'infection veineuse.

Toujours les signes généraux et locaux ont rétrocédé avec une lenteur extrême, sous l'influence de l'immobilisation, et il était difficile de prévoir le moment où l'intervention pourrait être pratiquée à froid.

Au contraire, lorsque notre maître, M. Reymond, et nous-même, sommes intervenus très peu de temps après l'entrée du malade dans le service, nous avons toujours vu la température tomber et l'état général s'améliorer rapidement.

De plus, en intervenant rapidement, on se met dans les meilleures conditions opératoires : une des conditions essentielles du succès opératoire est que *le chirurgien puisse aller jeter un fil entre la masse phlébitique et le cœur, et faire l'exérèse large de tous les paquets enflammés. Or ceci n'est possible que si la phlébite superficielle est restée superficielle.*

En attendant on peut, comme nous l'avons montré, voir la phlébite gagner de proche en proche, atteindre les grosses veines, poplitée, fémorale, iliaque externe, interne même. Et si l'on peut encore aller, s'il survient des accidents graves, poser une ligature au delà des lésions, sur l'iliaque externe ou même sur l'iliaque interne ou la veine cave inférieure, comme le conseille Robineau, il ne saurait être question de faire une intervention curative, de pratiquer l'exérèse du foyer infectieux.

Rappellerons-nous qu'au cours de la période d'attente on peut voir survenir une de ces poussées nouvelles si fréquentes chez les phlébitiques variqueux, qui transforment une phlébite thrombo-adhésive en suppurée? que, dans les cas les plus graves, du caillot abcédé pourront se détacher des embolies microbiennes entraînant une septicémie mortelle?

Enfin, il nous suffira de rappeler qu'au cours de toute phlébite la vie du malade est constamment menacée par la production toujours possible d'une embolie mortelle pour légitimer l'intervention, alors même qu'il existe des signes généraux et de la fièvre.

Nous devons à l'obligeance de M. le professeur Delbet un exemple frappant. Un malade entre dans le service du professeur Pierre Delbet, à Laënnec, pour phlébite variqueuse. L'intervention est décidée et fixée. Pour un motif impérieux on doit reporter l'opération au lendemain. Le malade fait une embolie grave dans la nuit.

D'ailleurs des chirurgiens, Isch Wall, Morestin, sous la pression d'accidents graves, il est vrai, sont intervenus dans de semblables conditions. Le malade de Isch Wall (obs. XIV) présentait des signes généraux graves; sa température était de 39 degrés. Deux jours après, la température était normale, les signes généraux s'étaient atténués. De même dans le cas de Morestin (obs. XXII).

Or, dans aucun des cas où M. Reymond est intervenu, il n'a eu à le regretter. Les malades dont nous rapportons les observations, outre les signes de phlébite, présentaient tous un état général plus ou moins accusé et une température oscillant entre 38 et 40 degrés.

A la suite de l'intervention, nous avons toujours constaté une détente rapide de l'état général et de la température. Dans la plupart de nos observations, la température retombe à la normale dès le deuxième jour; dans les autres, elle tombe régulièrement et atteint 37 au bout de quelques jours.

Pour donner de bons résultats, la phlébectomie demande à être pratiquée sans aucune parcimonie. Nous conseillons, après avoir fait une incision parallèle à la masse phlébitique, incision qui permet d'aller lier, au delà des lésions, les bouts central d'abord puis périphérique de la veine, d'enlever le paquet phlébitique en masse. Nous conseillons, chaque fois que cela sera jugé nécessaire, de ne pas hésiter à sacrifier la peau, moins pour réaliser le bas élastique cutané que préconisait Schwartz que pour enlever tout ce qui approche la veine phlébitique. Il en est de même du tissu graisseux qui enveloppe le paquet veineux : les veines saphène et communicante ne doivent pas être disséquées, elles doivent être liées très loin du foyer infectieux.

C'est cette technique que nous avons vu employer et que nous avons suivie : elle nous a toujours donné de bons résultats. La cicatrisation de la plaie opératoire a toujours été très rapide, il n'y eut pas d'accident consécutif.

Toutefois, il ne semble pas que l'intervention doive s'ar-

rêter là. En certains cas, la multiplicité ou l'étendue des lésions a conduit à pratiquer la saphénectomie totale. Mais dans d'autres, en se contentant d'enlever le paquet phlébitique quelquefois peu étendu, on risque de faire une opération insuffisante.

En effet, on laisse ainsi subsister tout un réseau variqueux, qui peut, à son tour, s'infecter et donner lieu à une nouvelle localisation de phlébite, nécessitant une autre intervention. De plus, des travaux récents ont montré que la résection d'un segment de saphène interne était insuffisant à empêcher la régénération du système veineux.

Minkewitsch (1869) avait démontré que la prétendue régénération d'une veine réséquée, que Velpeau et Langenbeck avaient admise, n'existait pas, et que l'on avait pris pour la veine régénérée une veine anastomotique voisine, secondairement allongée et dilatée.

Néanmoins Perthes, élève de Trendelenburg, Pearce Gould (1899), Ledderhose (1903), enfin Viannay (1905), puis Terrier et Alglave (1906), rapportent des cas où cette régénération paraît s'être produite alors que la résection avait porté, au-dessous du condyle interne, sur le tiers inférieur de la jambe.

Il nous a semblé, dans ces conditions, que se contenter de pratiquer l'exérèse d'un foyer local de phlébite, sans supprimer la cause prédisposante la plus importante, le réseau variqueux, qui peut, de plus, se reconstituer ultérieurement, était se contenter d'une opération donnant de bons résultats immédiats, mais dont les résultats éloignés pourraient être moins satisfaisants.

Aussi conseillerons-nous de commencer par la résection du foyer phlébitique et, en prenant certaines précautions que nous indiquerons au chapitre de technique, de compléter l'opération en faisant la saphénectomie totale, seule opération qui, supprimant le reflux superficiel et profond dus à l'insuffisance valvulaire, met le malade à l'abri d'accidents variqueux ultérieurs.

C'est là, croyons-nous, le traitement le plus rationnel, puisqu'il permet de supprimer chez le malade un foyer infectieux qui met sa vie en danger ou tout au moins laisse trop souvent un membre impotent et lui procure une guérison rapide, complète et définitive.

CHAPITRE V

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

I. **Indications.** — Les indications de la phlébectomie sont beaucoup plus « étendues qu'on n'a voulu le considérer jusqu'à ce jour. Elle doit être appliquée dans beaucoup de cas considérés encore comme justiciables du traitement médical. Elle doit remplacer toutes les opérations, telles que ligature, incision des abcès phlébitiques. La cause, quelle qu'elle soit, ne constitue jamais une contre-indication et il n'est aucune raison de respecter les phlébites, suites d'ulcère, comme le veut le Professeur Gaucher[1] ».

Il semble, en effet, que la presque totalité de phlébites variqueuses soit justiciable du traitement chirurgical.

La phlébectomie est la méthode la plus rationnelle; elle est de la plus grande innocuité et donne des résultats infiniment supérieurs à ceux des autres méthodes.

L'opération s'impose dès que le diagnostic est nettement posé : c'est une faute d'attendre que la veine se prenne dans toute son étendue, que la lésion atteigne les veines profondes; faute plus grave encore d'attendre qu'une embolie se détache, que la phlébite suppure ou que la pyohémie se déclare.

La longueur du segment à enlever ne doit point arrêter le chirurgien : les résections les plus étendues donnent les meilleurs résultats.

II. **Contre-indications.** — La contre-indication la plus formelle est constituée par l'extension de la phlébite à un grand nombre de veines et particulièrement aux veines profondes: « la phlegmatia alba dolens est le type de la forme devant laquelle on reste impuissant ».

1. Reymond : *Congrès Chir.*, 1910.

Grossesse. — La grossesse est loin de constituer une contre-indication absolue. Quénu a pu deux fois intervenir chez des femmes enceintes, — nous rapportons une des observations, — le résultat fut excellent.

Il est vrai que, si certaines femmes peuvent supporter un traumatisme assez violent sans avorter, d'autres, au contraire, expulsent le fœtus au moindre accident. Aussi devra-t-on s'enquérir des antécédents. S'il y a eu fausses couches antérieures, mieux vaut s'abstenir.

Toutefois, le traitement chirurgical qui s'imposera à la moindre menace d'aggravation ou de complication semble pouvoir être pratiqué sans danger, surtout dans les premiers temps de la grossesse. On débarrassera ainsi la femme d'un foyer infectieux qui pourrait, après l'accouchement, être l'origine d'une infection générale grave.

D'ailleurs, la phlébite variqueuse est rare, chez la femme gravide, en comparaison du nombre considérable de variqueuses, et les accidents sont plus rares encore.

Albuminurie. — Les albuminuries légères avec bon état général, l'artériosclérose avec léger nuage d'albumine sont compatibles avec l'intervention. Le chirurgien pourra la faire précéder d'un régime spécial, pendant quelques jours, s'il n'a pas déjà été institué.

Par contre, il faut écarter toute tentative opératoire chez les albuminuriques graves ou chez les gens en instance d'urémie.

Diabète. — Il en est de même chez les diabétiques. Le diabétique gras, à état général bon, devra être opéré. Par contre, l'intervention chez le diabétique maigre, qui se cachectise et présente avec son sucre des traces d'albumine, ne pourrait donner que des résultats fâcheux.

De même faudra-t-il renoncer à intervenir chez les tuberculeux avancés ou chez les cardiaques menacés d'asystolie.

Toutefois, nous ferons remarquer que depuis que la rachistovaïnisation permet d'obtenir une insensibilisation locale parfaite, on hésite moins à intervenir chez les malades présentant soit des lésions pulmonaires, — emphysème, bronchite chronique, — soit des lésions cardiaques bien compensées.

CHAPITRE VI

TECHNIQUE

La préparation du malade ne présente ici rien de particulier.

On pourra, dans les jours qui précèdent l'intervention, envelopper le membre de compresses humides renouvelées chaque jour. Au moment d'opérer, on peut compléter l'asepsie en savonnant avec beaucoup de précautions le membre inférieur et en le lavant à l'éther et à l'alcool, suivant les procédés ordinaires.

Nous avons employé la teinture d'iode comme agent aseptisant, et nous nous en sommes toujours bien trouvé. Nous préférons son emploi qui met à l'abri des manœuvres dangereuses d'un savonnage, même prudent.

Nous conseillons de faire préparer en double tous les instruments nécessaires, ou mieux de faire préparer deux plateaux dont chacun est identique à celui nécessaire dans la saphénectomie.

L'un sera réservé à l'exérèse du foyer de phlébite, l'autre à compléter l'intervention qui portera alors sur les veines non thrombosées.

Ainsi on n'aura pas à redouter, en se servant des mêmes instruments, d'inoculer les micro-organismes en tissus sains.

Il ne saurait être question de se contenter d'une anesthésie locale par injections sous-cutanées de cocaïne au 1 200. On aura recours à l'anesthésie générale, ou, mieux, à la rachistovaïnisation.

L'opération même comprend plusieurs temps.

1er TEMPS : Incision parallèle à la masse phlébitique, la dépassant en haut et en bas.

a) Recherche du bout central de la veine, qui sera liée au delà des lésions; au-dessous de la ligature, on place une pince et on sectionne la veine.

b) Recherche de la veine au-dessous de la région infectée, qui est liée et sectionnée dans les mêmes conditions.

Ainsi se trouve supprimée la circulation dans le voisinage de la région thrombosée et écarté le danger d'embolie.

2e TEMPS : *Exérèse du foyer de phlébite.* — L'extirpation doit être large et pratiquée de haut en bas. Dans bien des cas, la peau est adhérente à la masse; on fait alors une deuxième incision qui circonscrit la tumeur et rejoint la précédente par ses extrémités.

Nous conseillons de poursuivre alors l'incision du tissu cellulaire jusqu'à l'aponévrose, ce qui permet de décoller en masse sans disséquer, enlevant ainsi tout ce qui approche la veine enflammée. Chemin faisant, on jette des ligatures sur les affluents périphériques aussi loin que possible.

Nous croyons, avec M. Longuet, que mieux vaut ne pas se servir de pinces à griffes, qui peuvent perforer la veine malade et amener l'infection des tissus voisins.

3e TEMPS : Après avoir eu soin de changer les champs et pris les instruments préparés dans le second plateau, on termine en pratiquant l'ablation de tout ce qui peut subsister de la saphène. Cette ablation doit être prolongée aussi loin que possible, en prenant soin de faire la résection de haut en bas pour le bout supérieur, de bas en haut pour le bout inférieur.

Dans la plupart des cas, il ne semble pas nécessaire de drainer. Le drainage tire ses indications de ce qui a pu se produire au cours de l'intervention.

La peau peut être réunie *per primam*. Nous nous servons de crins de Florence que nous espaçons de 10 centimètres environ; entre les crins, nous mettons des agrafes de Michel. Seules, celles-ci semblent insuffisantes à assurer la réunion lorsque l'on a dû réséquer une large portion cutanée.

Pansement sec, ouaté, légèrement compressif. On pratique ensuite l'immobilisation du membre jusqu'à l'ablation des agrafes, le huitième jour; on peut, sans inconvénient, laisser les fils jusqu'au dixième jour.

CHAPITRE VII

RÉSULTATS IMMÉDIATS ET ÉLOIGNÉS

Les résultats immédiats donnés par l'intervention sont toujours excellents.

La chute de la température a toujours été très rapide. Dans les cas les plus favorables, elle tombe dès le deuxième jour et ne remonte plus. Dans les autres, elle descend graduellement pour atteindre la normale et y rester au bout de quatre à cinq jours au plus. Dans une seule de nos observations, la température remonte à 39 degrés, on enlève quelques crins et on désinfecte la plaie. Il s'agit (obs. IX) d'un malade chez lequel, au cours de l'intervention, on avait trouvé un foyer de suppuration, et qui présentait des lésions pulmonaires graves auxquelles il succombait deux mois après.

Toujours aussi, l'intervention eut une influence heureuse sur l'évolution des symptômes généraux. Nous rappelons ici un exemple donné par M. Reymond au Congrès de chirurgie : il s'agit d'une malade puerpérale ayant 40 degrés le jour où fut enlevé le paquet phlébitique qu'elle présentait au milieu de la cuisse; elle n'avait que 37°,5 le lendemain de l'opération, et guérit de son infection puerpérale.

Localement, le résultat opératoire, à part le cas dont nous avons parlé plus haut, fut toujours très satisfaisant. La réunion *per primam* fut obtenue dans la majorité des cas, et la guérison a été radicale, complète et rapide. Six semaines au plus tard après l'opération, il ne subsistait plus aucun trouble, jamais d'œdème malléolaire, et le malade était capable de reprendre ses occupations.

Les résultats éloignés sont plus difficiles à établir; la clientèle hospitalière se prête mal à cette statistique, car il est

rare que les malades viennent revoir le chirurgien qui les a opérés.

Toutefois, nous avons pu revoir trois de nos opérés. Chez les trois le résultat était demeuré parfait; aucune trace de varices, aucune impotence fonctionnelle. Nous rappellerons, en outre, qu'une de nos malades vint réclamer pour son autre jambe le bénéfice de l'opération faite à la première.

Nous avons rassemblé dans un tableau les résultats obtenus dans nos observations; nous y ajoutons quelques-uns des résultats recueillis dans la thèse d'Etienne.

Résultats des observations.

OPÉRATEURS	LÉSIONS	DURÉE DU TRAITEMENT
—	—	—
Reymond.	Phlébite de la saphène interne.	Rapide.
Reymond.	— —	Rapide.
Sénéchal.	— —	38 jours.
Reymond.	— —	Rapide.
Reymond.	— —	25 jours.
Sénéchal.	— —	Mort, tuberculose pulmonaire.
Reymond.	— —	15 jours.
Sénéchal.	— —	30 jours.
Reymond.	— —	Rapide.
Reymond.	— —	Rapide.
Personnelle.	— —	23 jours.
Personnelle.	— —	35 jours.
Personnelle.	— —	30 jours.
Quénu.	Phléb. saphène int., f. enceinte.	25 jours.
Isch Wall.	Phlébite de la saphène interne.	30 jours.

Résultats empruntés à Etienne.

OPÉRATEURS	LÉSIONS	DURÉE DU TRAITEMENT
—	—	—
Quénu.	Phlébite variqueuse de la saphène interne.	35 jours.
Schwartz.	— —	30 jours.
Sebileau.	— —	38 jours.
Schwartz.	— —	25 jours.
Schwartz.	— —	Rapide.
Quénu.	— —	20 jours.
Morestin.	— —	15 jours.
Morestin.	— —	15 jours.
Etienne.	— —	10 jours.

OBSERVATIONS

Observation I (inédite), due à l'obligeance de M. Reymond.

J... Jeanne, âgée de trente-trois ans, domestique, entre dans le service de M. Terrier le 20 août 1902.

La malade présente depuis le 2 juin une petite tuméfaction inflammatoire du volume d'une noisette à la face interne du genou droit.

Déjà opérée le 26 mai 1902 du même côté pour ulcère variqueux de l'extrémité inférieure de la jambe.

A l'examen, on constate que la tumeur siège au niveau de la face interne du plateau tibial droit, aux confins du creux poplité. Adhérences du tissu cellulaire voisin. On note en plus l'existence de deux petits cratères ulcérés et sanieux.

La cicatrice de l'opération précédente est parfaite. L'ulcère est guéri.

Opération. — M. Reymond, 22 août 1902.

Chloroforme. Incision elliptique circonscrivant la tumeur.

Ligature de la veine au-dessus.

Excision en masse sans dissection.

Ablation des fils le 8e jour. Sortie le 17e.

Observation II (inédite), due à l'obligeance de M. Reymond.

Mme X..., âgée de trente-six ans.

Antécédents personnels :

IV-pare ; de plus, fausse couche entre les troisième et quatrième grossesses.

25 novembre 1907 : Hystérectomie totale. Appendicectomie.

A la suite de l'intervention, la malade présente des troubles nerveux extrêmement intenses : élévation de température à près de 40 degrés, petitesse et rapidité du pouls. Ces symptômes pouvaient faire penser à une hémorragie. Etant connu le nervosisme de la malade on décide d'attendre, et, le lendemain, tout signe alarmant disparaît.

2 février 1908 : Dilatation anale.

13 février 1909 : Saphénectomie pour phlébite.

La malade a des varices très développées tout le long de la saphène interne gauche. Il existe un paquet variqueux très volumineux au niveau du genou.

Les symptômes douloureux, lourdeur de jambe, pesanteur, existent depuis la naissance du premier enfant, qui remonte à seize ans.

Il n'y eut pas de poussée phlébitique, ni au moment des quatre naissances, ni au moment de l'hystérectomie.

Peut-être y eut-il une légère poussée en 1899 au moment d'une fausse couche.

Au retour d'un voyage fatigant en Suisse, où la malade fit des sports d'hiver : patinage, luge, etc., poussée de phlébite tout le long de la saphène gauche. Janvier 1909.

Masse douloureuse très nette. Rougeur le long de la veine. Température 39°,2.

Opération. — 13 février 1909.

Incision elliptique circonscrivant la phlébite étendue depuis la crosse de la saphène jusqu'au-dessus de la malléole gauche. Ligature de la veine, en haut, au niveau de la crosse, en bas, au-dessus de la malléole. L'incision est prolongée jusqu'à l'aponévrose, ce qui permet d'enlever la masse phlébitique par sa face profonde, en la décollant de l'aponévrose. Résection cutanée. Sutures aux crins de Florence.

Guérison rapide.

Depuis la malade a été revue. Les douleurs et les troubles fonctionnels ont complètement disparu. Au niveau de la partie moyenne de la cicatrice, celle-ci est légèrement surélevée. De ce point partent de fines arborisations veineuses.

Au niveau de la jambe droite la malade présente des varices volumineuses dont elle demande à être opérée.

Observation III (personnelle), recueillie dans le service de M. le Dr Reymond.

V... (César), cinquante et un ans, entre dans le service de chirurgie le 13 novembre 1910.

Antécédents héréditaires : ne présentent rien d'intéressant.

Antécédents personnels : pneumonie en 1901, a des varices depuis quinze ans : elles ont débuté à la jambe droite, puis se sont étendues progressivement à la cuisse.

En 1904, une petite excoriation se produit à la face interne de la jambe droite, qui grandit peu à peu et prend tous les caractères d'un ulcère variqueux.

En 1905, le malade entre dans le service de chirurgie et subit l'opération de la circulaire ; l'ulcère se ferme assez rapidement. Depuis, la cicatrisation de cet ulcère est restée parfaite, mais, ultérieurement, de nouveaux ulcères se forment, au nombre de cinq. Le malade se présente à la consultation : un traitement d'épreuve est institué, mais ne donne pas de résultat appréciable.

En 1908, le malade entre à l'infirmerie pour congestion pulmonaire et y reste deux mois. Sous l'influence du repos, les ulcères s'améliorent et trois se ferment définitivement.

A son entrée dans le service, le 13 novembre 1910, le malade présente, à la face antérieure de la jambe droite, deux ulcérations

ayant à peu près les dimensions d'une pièce de cinq francs. Ces ulcères sont profondément infectés, sanieux, creux de dix à quinze millimètres. Le fond est atone, sans trace de bourgeon de cicatrisation. Tout autour, la peau est pigmentée, épaisse, ichtyosée; sur le fond brun tranchent les cicatrices, recouvertes de peau très fine, des ulcères fermés.

Le malade entre parce qu'il souffre de la cuisse droite. La douleur coïncide avec une rougeur diffuse, étendue derrière le condyle interne et à la face interne de la cuisse. Elévation locale de la température; œdème léger, pas de fluctuation.

La palpation fait reconnaître l'existence de nodosités dures, très douloureuses, sur le trajet de la saphène interne.

Le diagnostic de phlébite de la saphène interne est porté. L'infection des ulcères de la jambe est nettement le point de départ de la phlébite. Immobilisation. Enveloppements humides du membre inférieur.

Etat général : congestion pulmonaire double qui oblige de surseoir à l'intervention.

Cœur normal. Pas d'albumine. Température rectale, 39°,2; les jours suivants la température oscille entre 38 et 39 degrés. La congestion pulmonaire s'améliore rapidement, toute trace d'infection disparaît au niveau des ulcères. Par contre, les symptômes phlébitiques ne présentent pas d'amélioration.

Opération. — L'intervention a lieu le 26 novembre 1910 : rachistovaïnisation, la veine saphène interne est dénudée, liée et sectionnée, en haut, au niveau de la crosse, en bas, un peu au-dessus de la cicatrice de la circulaire subie en 1905.

Incision elliptique circonscrivant le foyer phlébitique et permettant d'exciser en masse la peau enflammée, le tissu cellulaire et la veine thrombosée sur une longueur de 30 centimètres.

En chemin, ligature des veines collatérales, en dehors du foyer infesté.

Hémostase. Réunion de la peau aux crins et agrafes de Michel.

27 novembre : La température reste à 38 degrés.

28 novembre : La température touche à la normale et y restera.

4 décembre : Ablation des fils et des agrafes. Un petit hématome siégeant au niveau du condyle interne est vidé, pas de pus. On peut, en outre, noter que les ulcères jusque-là restés atones, bourgeonnent et tendent à se fermer depuis l'opération.

18 décembre : Plaie opératoire complètement fermée, les ulcères sont presque complètement comblés.

27 décembre : Le malade demande sa sortie, les ulcères sont presque complètement cicatrisés.

Depuis, le malade a été revu en mai 1911. Il ne souffre plus de sa jambe. Les ulcères sont fermés.

Observation IV (personnelle), recueillie dans le service de M. le Dr Reymond.

S... (Victor), entre dans le service de chirurgie le 19 juin 1910.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires.

Est porteur, depuis dix ans, de varices très volumineuses aux deux jambes, surtout à la jambe droite.

Il entre dans le service, parce qu'il souffre énormément de la jambe gauche, depuis quatre jours.

A l'examen, on constate que le pied et la jambe sont œdématiés, rouges, douloureux et sont le siège d'une élévation locale de la température.

De plus, le malade se plaint d'une douleur sourde, au niveau de la face interne de la cuisse. A la palpation légère, on réveille une douleur le long de la saphène interne qui apparaît volumineuse, dure. Ganglions inguinaux durs et douloureux.

Le point de départ de l'infection est trouvé dans une petite plaie, siégeant à la face interne du gros orteil, plaie anfractueuse purulente. Le malade dit s'être blessé à ce niveau avec un clou de son soulier.

Le diagnostic de lymphangite aiguë avec poussée de phlébite sur la saphène interne est porté. Le repos au lit est prescrit avec grands pansements humides de tout le membre inférieur gauche. Désinfection à la teinture d'iode de la petite plaie du gros orteil.

Ultérieurement, les symptômes s'améliorent rapidement, la lymphangite disparaît, la température touche 38 degrés mais y reste.

L'œdème a disparu et l'on peut constater que le malade est porteur au niveau de la jambe d'un réseau variqueux extrêmement développé.

La douleur persiste sur le trajet de la veine saphène interne. Trois points restent douloureux et sont le siège de rougeur et d'empâtement.

L'un à la partie moyenne de la face interne du mollet.

L'autre, un peu au-dessus du condyle interne : le troisième siège à la partie supérieure du mollet sur une veine qui anastomose les saphènes interne et externe.

Opération. — L'intervention a lieu le 4 juillet. Rachistovaïnisation. Dénudation, ligature et section de la saphène interne, en haut, au niveau de son embouchure, en bas, à 10 centimètres environ au-dessus de la malléole interne.

Dénudation, ligature et section de la veine anastomotique au niveau de son abouchement dans la veine saphène externe.

Incision le long de la saphène interne circonscrivant les deux foyers phlébitiques au niveau desquels on enlève en masse la peau, le tissu cellulaire et la veine qui est réséquée sur une longueur totale de près de 40 centimètres.

Une deuxième incision, oblique en haut et en arrière à la partie supérieure du mollet et séparée de la précédente par un pont de peau de 2 centimètres permet l'excision de la veine communicante.

Hémostase au catgut. Suture de la peau aux crins et agrafes de Michel. Pansement sec.

Suites opératoires : Dès le deuxième jour la température tombe à la normale.

13 juillet : On enlève les crins et les agrafes.
8 août : Le malade sort complètement guéri.

Observation V (personnelle), recueillie dans le service de M. le Dr Reymond.

Marie C..., vingt-huit ans, journalière.

Antécédents : Pas de maladie infectieuse.

A des varices depuis l'âge de quinze ans. II-pare, a vu au cours de sa dernière grossesse ses varices prendre un développement considérable.

Au moment de son entrée dans le service, — où elle vient pour accoucher, — elle ne souffre pas de ses varices.

A l'examen, on constate l'existence d'un réseau veineux considérable aux deux jambes et aux cuisses, particulièrement à droite.

De ce côté, on perçoit la saphène interne dilatée sur toute la hauteur. Le signe de Trendelenburg existe.

De plus, il existe au niveau de la partie supérieure du mollet une volumineuse anastomose avec la saphène externe, la peau est pigmentée sur le trajet des veines variqueuses, pas d'ulcère.

17 décembre 1910 : Accouchement normal, l'enfant est nourri au sein.

24 décembre : Suites normales. L'accouchée se lève, elle ne souffre pas de ses varices, qui ont conservé le développement considérable qu'elles présentaient avant l'accouchement.

Marie C... est gardée dans le service, l'enfant présentant de la gastro-entérite.

9 janvier 1911 : Vingt-six jours après l'accouchement, la malade se plaint de lourdeur et de douleurs vives dans la jambe droite, la palpation révèle un peu de douleur et d'empâtement au niveau de la communicante entre les saphènes interne et externe et sur le saphène interne à la partie inférieure de la cuisse. La température est de 38° le matin, 38°,9 le soir.

11 janvier 1911 : La périphlébite gagne. Il y a un nouveau foyer sur la saphène interne au niveau du mollet.

12 janvier : Nous intervenons, aidé par notre collègue Engel.

Opération. — Ligature de la saphène interne au niveau de la crosse, en bas, à 10 centimètres environ de la malléole interne.

Ligature de la communicante près de son abouchement dans la saphène externe, au niveau du creux poplité.

Ablation de la saphène interne et de la communicante. Au niveau des foyers phlébitiques, excision de la peau très adhérente et du tissu cellulaire avoisinant.

Suture : Crins de Florence et agrafes de Michel.

Température, le soir de l'intervention, 38°,2.

13 janvier : Température : 37°,2 le matin, 37°,3 le soir.

14 janvier : 37°,8, les seins sont engorgés, douloureux.

On fait donner à nouveau le sein.

La température revient aussitôt à la normale et y reste les jours

suivants. Ablation des crins et agrafes le huitième jour. Réunion *per primam.*

Sortie définitive le vingt-cinquième jour.

Depuis, mai 1911, la malade a été revue. Elle a retiré de tels bénéfices de l'intervention qu'elle a exprimé le désir de rentrer dans le service, après avoir sevré son enfant pour subir l'ablation des varices du côté gauche.

Observation VI (Sénéchal), *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1908.

W... (Alphonse), quarante-neuf ans, ajusteur, entre dans le service de chirurgie de la maison départementale de la Seine, le 15 septembre 1904.

Il est depuis nombre d'années porteur de varices des membres inférieurs. Depuis quelque temps, il souffre de la cuisse gauche, la douleur coïncide avec une rougeur diffuse, située au niveau du condyle interne du fémur.

A ce niveau, élévation très nette de la température locale, œdème léger, pas de fluctuation, mais on perçoit, à la palpation, une série de nodosités dures dont la compression est très douloureuse, le diagnostic de phlébite de la saphène interne variqueuse est porté.

Traitement par le repos au lit. Amélioration lente.

Vingt jours après l'entrée du malade dans le service, l'intervention est faite sur les conseils de M. le Dr Reymond.

Les phénomènes inflammatoires n'avaient aucune tendance à la régression.

Opération. — Ligature de la saphène interne en aval de la masse phlébitique.

Deuxième ligature au niveau du 1/3 inférieur de la jambe.

Ablation en masse, peau et tissu cellulaire compris, du paquet phlébitique situé au niveau du condyle interne du fémur.

Dissection et ablation d'un paquet variqueux situé au niveau de la patte d'oie.

Hémostase au catgut. Fermeture de la peau aux crins et agrafes de Michel.

Pansement sec.

Le malade reprend ses occupations le 16 novembre.

Observation VII (Sénéchal), *Bulletin de la Société anatomique*, janvier 1908.

P... (Auguste), âgé de soixante-six ans, menuisier, a déjà subi dans le service une trépanation, puis un évidement de Stacke, lorsque, en juin 1906, au cours de la convalescence de ces premières interventions, il présente dans son membre inférieur gauche une poussée phlébitique intéressant la saphène dans son trajet crural.

L'inflammation de la veine paraît se localiser en trois points assez distants les uns des autres et correspondant à des dilatations ampullaires du vaisseau.

Opération. — Le 18 juin pratiquée par M. le Dr E. Reymond. Ligature de la saphène à son embouchure.

Incision elliptique embrassant la peau, le tissu cellulaire, la veine y comprise.

On termine l'intervention par une section circulaire de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, intéressant toutes les veines susaponévrotiques du membre, qui sont liées une à une. Cette circulaire est exécutée au niveau de la jarretière.

Affrontement de la peau avec crins et agrafes. Pansement sec.

Le malade sort complètement guéri de sa mastoïdite le 8 septembre 1906.

La plaie opératoire résultant de la résection veineuse était depuis longtemps cicatrisée.

Description de la pièce (Fig. 1). — Résection phlébitique étendue sur 33 centimètres. Sur le trajet de la veine, nombreuses dilatations ampullaires disposées irrégulièrement et prédominant dans le segment inférieur de la pièce. En trois points à peu près équidistants, trois dilatations plus volumineuses que les autres renferment chacun un caillot et correspondent aux points phlébitiques reconnus cliniquement.

Fig. 1.

Observation VIII (Reymond et Sénéchal), *Bulletin de la Société anatomique*, mai 1905.

N... (Constant), âgé de cinquante-cinq ans, entre le 27 mars 1905 dans le service de chirurgie, atteint de phlébite variqueuse.

Antécédents héréditaires, sans intérêt.

En 1874, début des varices au niveau de la jambe droite.

En 1894, développement des varices au niveau de la cuisse.

Depuis un mois, douleurs très vives, non calmées par le repos, léger œdème, la saphène interne est variqueuse sur tout son trajet.

La portion curale est en pleine poussée phlébitique, formant des nodosités dures, chaudes, douloureuses, du volume d'une noisette à celui d'une petite noix. La réaction inflammatoire s'étend à la peau avoisinante.

Au niveau de son embouchure, la saphène semble changer de caractère, les nodosités disparaissent, plus de douleurs.

On note sur les orteils des excoriations qui expliquent la nature infectieuse de la phlébite. Etat général assez bon.

La température oscille entre 38°,5 et 39 degrés.

Opération. — L'intervention a lieu le 31 mars 1905.

La veine saphène interne est mise à nu, liée et sectionnée, en haut, au-dessous de son embouchure, en bas, au-dessous du genou. Elle ne présente pas trace à ces niveaux, ni d'inflammation ni de thrombose.

Entre ces deux points, la veine phlébitique, le tissu cellulaire et la peau correspondante sont enlevés en masse, comme une tumeur. Sur le parcours, ligature des différentes collatérales, toujours en dehors du caillot. Les ligatures sont faites à la soie.

Suture de l'aponévrose et de la peau.

Réunion *per primam*. Sortie le 25e jour. Dès le lendemain de l'intervention, chute définitive de la température.

Examen de la pièce après dissection (Fig. 2). — L'attention est tout d'abord frappée par la bifurcation de la veine à 6 centimètres de la crosse en deux troncs de volume à peu près égal.

L'un, le plus grêle (3 millimètres au lieu de 4 de diamètre), occupe, dans sa direction générale, le trajet de la saphène interne.

L'autre s'enfonce, après 1 centimètre de trajet, sous l'aponévrose et chemine sous la toile fibreuse, parallèlement à la saphène interne.

1° *Saphène proprement dite*, devenue variqueuse, adhérente à la peau, difficile à disséquer, par suite de la périphlébite qui l'entoure, présente de nombreux renflements irréguliers, plus volumineux à la partie inférieure de la pièce, où ils mesurent jusqu'à 20 millimètres de diamètre, qu'à la partie supérieure, où ils n'atteignent que 12 à 16 millimètres.

La saphène interne a été réséquée sur une longueur de 34 centimètres dont 20 sont obstrués par un caillot.

Fig. 2.

Dans la portion thrombosée, on note quelques étranglements correspondants au diamètre normal de la saphène et dont la lumière est libre. Partout ailleurs, on rencontre un caillot organisé.

2° *Collatérale de la saphène*. La pièce montre de plus deux collatérales importantes dont l'une, collatérale supérieure (coll. sup.), est perméable.

L'anastomose entre cette collatérale et la saphène est obstruée par le caillot. L'importance de cette collatérale fait supposer que sa perméabilité a persisté après la thrombose de segment supérieur de la saphène et qu'elle a joué, à ce moment, le rôle

de canal de sûreté, à la façon dont Jarjavay comprend cette dénomination [1].

Une deuxième collatérale (coll. inf.), située en bas, indique que le sang a cherché à se frayer une voie de retour en face du caillot envahisseur.

Signalons enfin une troisième collatérale (S. S.) sous-aponévrotique, qui possède actuellement une importance prédominante et dont nous ferons une description spéciale.

Au moment où est pratiquée l'intervention, la collatérale supérieure ne reçoit plus de sang que de petites veinules afférentes. La première dilatation variqueuse (dil.) est encore partiellement perméable et le sang qui passe, s'écoule par la collatérale inférieure.

Mais le drainage le plus important, le vaisseau par lequel le sang des téguments superficiels de la jambe et du pied se rend à la veine fémorale, est cette collatérale sous-aponévrotique que nous désignerons sous le nom de saphène secondaire (S. S.)

Collatérale anormale. Cette collatérale est-elle normale ?

Nos recherches ne nous ont pas permis d'en retrouver la mention. Les classiques décrivent un vaste plexus sous-cutané, au-dessus de l'aponévrose.

Les descriptions de perforantes, s'anastomosant avec les veines profondes ne manquent pas, mais ces perforantes ont un trajet très court, joignent la veine à laquelle elles sont destinées par le plus court chemin. Or, la saphène secondaire de notre pièce mesure 32 centimètres.

De plus, fréquentes à la jambe, elles sont rares à la cuisse, et Charpy [2], décrivant les veines du membre inférieur, signale « avec la veine fémorale ou une de ses branches, une seule perforante ; quelquefois, il n'y a aucune veine communicante ».

Nous avons dit saphène secondaire, à propos de cette veine pour ne pas la confondre avec la saphène accessoire, inconstante. Aussi, lorsqu'on la rencontre, on la trouve dans le tissu cellulaire sous-cutané, située en arrière de la saphène proprement dite.

Elle draine le sang des téguments de la région postérieure de la cuisse.

La saphène secondaire que nous présentons mesure 3 millimètres de diamètre à son origine, 4 millimètres à son embouchure : elle présente, à sa partie moyenne, un renflement qui paraît correspondre à une des valvules de ce vaisseau.

Ce renflement, dont les parois sont épaissies, est libre de tout caillot.

Les valvules sont au nombre de huit, bien développées, régulièrement espacées.

Cette saphène secondaire naît, à la jambe, de nombreux rameaux sous-cutanés qui se rejoignent à la jarretière.

1. Jarjavay : *Canaux de sûreté.* Thèse 1883.
2. Poirier : *Anatomie*, t. II, 3e fascicule.

Une anastomose, sectionnée sur la pièce, au cours de l'intervention, le relie en bas à la saphène interne qu'elle remplace par conséquent tout le long de la phlébite.

Observation IX (*in* thèse Schlissinger), complétée et recueillie dans le service de M. le Dr Reymond.

A.. (Théodore), soixante-quatre ans, journalier, entre dans le service de chirurgie le 28 mars 1907.

Présente une phlébite de la saphène interne près de la crosse, sur une étendue de 15 centimètres, consécutive à des abcès lymphangitiques du pied et du tiers inférieur de la jambe.

Le malade présente un état général très médiocre ; il est très amaigri et présente aux deux sommets des signes de tuberculose assez avancée surtout au sommet droit, où on a des signes de ramollissement.

Il souffre de sa cuisse droite depuis huit jours : on constate un empâtement de la région interne, qui est chaude et œdématiée. Il n'y a pas de fluctuation vraie. Le soir, la température est très élevée, 39 degrés, la douleur empêche le malade de dormir.

Redoutant l'apparition de symptômes plus graves, on décide d'intervenir.

Opération. — Le 3 avril 1907. Incision depuis la crosse de la saphène interne jusqu'au niveau du condyle interne, circonscrivant un lambeau cutané qui adhère intimement au tissu cellulaire sous-jacent. Tous les tissus voisins sont infiltrés et très œdématiés.

Ligature de la saphène à la racine de la cuisse. Section après placement d'une pince. Excision en masse de la peau, du tissu cellulaire infiltré et du paquet variqueux phlébitique à la façon d'une tumeur, après ligature à la partie inférieure de l'incision.

Hémostase. Réunion de la peau aux crins de Florence et aux agrafes de Michel. Cette réunion est incomplète au niveau du condyle interne. A ce niveau, il existe un foyer de suppuration qui a fusé dans les tissus avoisinants.

On place un drain à la partie inférieure de la plaie.

Les jours suivants, la température baisse, pour descendre jusqu'à 36°,6.

Six jours après l'opération, la fièvre reprend pour atteindre 39 degrés le 9 avril au matin.

On enlève une partie des crins et des agrafes ; on injecte dans la plaie de l'eau oxygénée ; la température descend de nouveau aux environs de 37 degrés.

20 avril. On trouve dans le pansement du sang provenant d'une petite hémorragie. On fait un pansement compressif. L'hémorragie s'arrête.

A partir de ce jour, la température du malade remonte, les lésions pulmonaires progressent avec rapidité, la température présente tous les caractères de la fièvre hectique. Le malade succombe à ses lésions pulmonaires le 20 mai 1907.

Observation X (*in* thèse Schlissinger), recueillie dans le service de M. le Dr Reymond.

Ch... (Auguste), trente-neuf ans, emballeur, entre le 4 avril 1905 en chirurgie. Il présente, à la partie interne et moyenne de la cuisse gauche, une phlébite variqueuse avec phénomènes généraux assez accentués.

La température rectale est de 39°,2.

Opération. — Le 5 avril, sous chloroforme. Incision linéaire de 20 centimètres. Ligature de la veine aux deux extrémités de la plaie. Dissection de la veine phlébitique, qui est réséquée.

Pas de drainage. Suture de la peau avec les agrafes de Michel.

Le lendemain, la température commence à baisser graduellement, pour osciller entre 37 degrés et 37°,3 les jours suivants.

Le malade sort guéri le 20 avril 1905.

Observation XI (*in* thèse Schlissinger), recueillie dans le service de M. le Dr Reymond.

S... (Auguste), soixante-sept ans, teinturier.

Entré dans le service de chirurgie à la maison de Nanterre, le 6 décembre 1904.

Ce malade présente depuis vingt ans des varices très volumineuses à la jambe droite. L'une des nuits précédentes, il a ressenti dans cette jambe, au mollet, une douleur très vive qui s'est accentuée pendant la journée.

A son entrée dans le service, la température rectale est de 38°,6.

Le malade est incapable de se tenir debout ; les mouvements actifs et passifs de la jambe droite sont douloureux.

Nous examinons le malade : la jambe droite est légèrement œdématiée ; la peau est tendue, rouge et plus chaude que du côté opposé. Le membre est sillonné d'arborisations veineuses et la pression, si légère soit-elle, provoque sur le trajet de la saphène interne de violentes douleurs.

Nous portons le diagnostic de phlébite de la saphène interne.

Opération. — Ce malade est opéré le lendemain sous chloroforme. Incision de 25 centimètres sur le trajet du paquet variqueux au niveau duquel siège la phlébite. On jette à chaque extrémité de la plaie une ligature sur le vaisseau avec du catgut n° 1.

Puis, de haut en bas, on dissèque et énuclée le paquet phlébitique, à la façon d'une tumeur, avec une portion d'aponévrose adhérente.

Après désinfection, on pratique la réunion de la plaie cutanée avec des agrafes de Michel et on enveloppe le membre d'un pansement sec compressif.

11 décembre : Quatre jours après l'opération, la température était descendue pour se maintenir aux environs de 37 degrés.

11 janvier 1905 : Le malade sort complètement guéri et ayant recouvré entièrement les mouvements de la jambe droite.

Observation XII (*in* thèse Schlissinger), recueillie dans le service de M. le Dr Reymond.

D... (Vidal), vingt-trois ans, jardinier.

Entre dans le service de chirurgie de la maison de Nanterre, le 26 février 1906.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Varices légères aux deux jambes remontant à deux ans.

Il y a quinze jours, en travaillant au jardin, s'est fait une légère érosion siégeant à la face inférieure du gros orteil gauche.

De ce point, part une traînée rougeâtre, diffuse, couvrant le pied et la face interne et remontant jusqu'à la face interne du condyle interne.

Près de la cheville, existe un point particulièrement douloureux : à ce niveau, œdème très prononcé. Chaleur locale très intense. Température rectale, 38 degrés.

Opération. — 1er mars 1906. Incision linéaire sur le trajet de la saphène interne de la malléole jusqu'à 12 centimètres au-dessus.

Ligature de la veine après dissection, aux deux extrémités de la plaie. Dissection de la veine thrombosée sur tout son trajet jusqu'à un travers de doigt, mais au-dessus de la malléole interne, sans résection de peau. Ligature et hémostase au catgut. Résection de la saphène interne.

Suture de la peau aux crins de Florence, pas de drainage, pansement sec.

La cicatrisation se fait très rapidement, étant donné l'état général excellent et le jeune âge du malade, qui quitta le service le 17 mars 1906.

Observation XIII (*in* thèse Schlissinger), recueillie dans le service de M. le Dr Reymond.

M... (Auguste), soixante-cinq ans, journalier.

Entre le 20 novembre 1906 dans le service de chirurgie de la maison de Nanterre. Porte des varices à la face supéro-interne du genou droit et un gros paquet variqueux à la face interne de la cuisse gauche. Un autre siège au mollet. Enfin, au niveau du creux poplité, autre paquet, au niveau duquel le malade ressent une vive douleur.

La région est rouge, œdématiée et l'on sent sur le trajet de la veine un noyau dur, douloureux, long de 5 à 6 centimètres.

Opération. — Incision à la face interne de la cuisse gauche, une incision de 35 centimètres aboutissant en bas au creux poplité. Incision oblique en bas et en arrière.

Ligature de la veine en aval et en amont du paquet enflammé, puis résection de la saphène. L'inflammation est très limitée. Hémostase facile et complète.

Réunion de la plaie à l'aide des agrafes de Michel, sans drainage.

Cicatrisation rapide.

Le 9 décembre, présente une température de 39°,6. Poussée de fièvre

qui dure huit jours mais est absolument indépendante de la lésion qui a nécessité l'intervention.

On est en présence d'une infection intestinale coli-bacillaire.

Peu à peu la température revient à la normale. Le malade quitte le service le 8 février 1907, complètement guéri.

Observation XIV : *Phlébite variqueuse de la saphène interne*, Isch Wall (résumée).

Un malade atteint de varices enflammées de la partie supérieure du mollet gauche est mis au repos au lit avec enveloppement ouaté.

Puis la saphène interne est envahie par la phlébite et se dessine comme un cordon dur, remontant plus haut chaque jour.

La peau est rouge, la température, le soir, à 40 degrés, le matin, à 39 degrés. On applique des compresses de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le 29 avril 1893, douleurs vives dans la poitrine, lipothymie, hémoptysie ; on diagnostique une embolie pulmonaire. La saphène interne est alors entièrement remplie par un caillot inégalement dur et paraissant fragmenté. Les jours suivants, nombreuses embolies.

Pour les arrêter, Isch Wall pratique, le 6 mai, la ligature de la saphène, à 2 centimètres de son embouchure, après anesthésie à la cocaïne. Le malade était anhélant, crachait du sang, sa température était de 39 degrés.

Il lie ensuite la saphène interne à 10 centimètres plus bas et résèque le cordon intermédiaire.

Dans ce segment existait une masse caillebotée, de consistance assez fluide pour expliquer la persistance des embolies.

Deux jours après la température devient normale, les hémoptysies ont cessé; les crachats ont la couleur de vieux sang.

La jambe et le pied, très œdématiés au moment de l'opération, reprennent vite leur volume normal.

Au bout d'un mois, le malade partait pour la campagne.

Observation XV (*in* thèse Sculissinger), recueillie dans le service de M. le Dr Reymond.

E... (Séraphin), soixante-sept ans, cultivateur.

Entré en chirurgie le 3 mars 1906, pour une douleur qu'il ressent dans la jambe droite et pour un gonflement qui l'empêche de marcher. Le début de cette douleur date du 1er mars environ. Le malade présentait à cette époque une plaie de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit.

A l'examen, on remarque, tout le long de la jambe et de la cuisse, un cordon dur et douloureux répondant exactement au trajet de la saphène interne. Ce cordon dur, en relief, commence vers le milieu de la jambe, pour remonter jusqu'à environ 5 ou 6 centimètres au-dessous du pli de l'aine. La peau environnante est rouge ; le membre œdématié. On retrouve à la racine du gros orteil la plaie en voie de guérison, point de départ de l'infection ascendante.

Le malade ne présente pas de varices et prétend n'en avoir jamais eu.

Température, 38 degrés.

Operation. — 7 mars 1906, sous chloroforme. Incision sur le trajet de la veine, depuis le pli de l'aine jusqu'au tiers inférieur de la jambe.

Découverte de la saphène interne un peu au-dessous de sa réunion avec la veine fémorale. Après s'être assuré que le caillot ne remonte pas au-dessus de la crosse, ligatures de la saphène et section entre les deux. A mesure que la dissection avance, on remarque que les collatérales contiennent un caillot, au niveau de leur abouchement dans le tronc principal.

Dissection de chacune de ces branches jusqu'au delà du caillot, ligature au catgut et section.

Une dernière ligature est placée à 8 centimètres au-dessous du dernier caillot et la section est faite.

Lavage de la plaie à l'oxycyanure de mercure, agrafes de Michel, pansement sec, compressif.

Le tronçon réséqué mesure 55 centimètres.

Le caillot s'étend sur une longueur de 40 centimètres, laissant environ 7 à 8 centimètres libres à la partie supérieure et à la partie inférieure.

Observation XVI (H. Soulié, d'Alger), *Arch. prov. de clin.*, 1905, 318 (résumée).

Mme H..., trente ans, se présente à la clinique le 6 février 1905.

Six mois avant, elle a présenté tous les symptômes d'une grossesse; trois mois après, apparaissent des symptômes de régression, écoulement sanguin, pertes sales, malodorantes; l'examen fait diagnostiquer une rétention du fœtus mort.

Le 7 février, on provoque l'avortement.

Le 9 février, on fait un curage digital, écouvillonnage et drainage; les suites sont normales.

Le 27 février, la malade se lève, mais se plaint de douleurs lancinantes et de lourdeurs de la jambe gauche; à la palpation, on constate que la douleur siège sur le saphène interne, le diagnostic de phlébite au début est porté.

Immobilisation de la malade, on administre de l'hamamelis; une amélioration se produit.

Le 8 mars, la malade se lève, mais doit reprendre le lit le lendemain : le gonflement de la jambe gauche et les douleurs sont beaucoup plus marqués que la première fois.

Le 10 mars, intervention : Résection de deux segments de la saphène interne gauche, un au tiers inférieur de la cuisse, l'autre au tiers supérieur de la jambe.

La douleur et le gonflement disparaissent rapidement; le 16 mars, on enlève les agrafes de Michel.

Le 23 mars, la malade marche et quitte la clinique.

Dix jours après, malgré du surmenage, la malade ne ressent plus aucune douleur.

Observation XVII (Schwartz), *Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 1898, p. 126; *in* thèse Robineau, 1898.

Palefrenier, cinquante-six ans, opère le 26 décembre 1897, pour deux tumeurs variqueuses phlébitiques, l'une de 15 centimètres sur 10, à la partie moyenne de la cuisse, l'autre, plus petite, à la partie interne de la jambe, toutes deux sont sur le trajet de la saphène interne.

Après ligature au catgut et résection de la saphène à son embouchure dans la fémorale, les deux tumeurs variqueuses enflammées sont extirpées, en même temps qu'un grand lambeau de peau adhérent.

L'incision, étendue du bas de la jambe au haut de la jambe, permet d'enlever la presque totalité de la saphène. Sutures au crin de Florence.

Guérison rapide.

Observation XVIII. C... (Louis), polisseur, vingt et un ans.

Entré dans le service de M. le Dr Reymond le 25 février 1907, le malade présente aux deux jambes, depuis quatre années, des veines superficielles très nombreuses, dont quelques-unes disposées en paquets volumineux.

Il y a dix-huit mois, le sujet a été soigné à Paris pour une phlébite de la veine saphène interne près de son origine, un peu au-dessus de la malléole interne.

Le traitement a consisté en immobilisation dans une gouttière en fil de fer, et en applications humides sur le membre. Le malade a guéri sans complications. Mais, depuis sa sortie de l'hôpital, la marche est pénible; le soir, il a de l'œdème des jambes.

Depuis trois jours, il souffre beaucoup à trois travers de doigt au-dessus de la malléole interne : à ce niveau, la peau est rouge, tendue, luisante. Le doigt sent sur le trajet de la saphène interne un cordon dur, douloureux, superficiel. Le malade fait à ce niveau une récidive de sa phlébite ancienne.

La température rectale est de 37°,6.

Opération. — Le 27 février 1907. Incision sur le trajet de la saphène interne, que l'on dissèque et dont on pratique l'ablation, jusqu'à trois travers de doigt environ, au-dessus de la malléole.

Hémostase facile. Ligatures au catgut.

On profite de l'anesthésie chloroformique pour faire, par le même procédé, la résection des paquets variqueux volumineux au niveau de la partie moyenne du mollet.

Coaptation des lèvres de la plaie au moyen d'agrafes de Michel, pas de drainage, pansement sec, légèrement compressif.

La guérison est rapide, le malade sort le 5 avril, complètement guéri et capable de reprendre ses occupations.

Observation XIX (*in* thèse Etienne Aubin, 1903, résumée), M. Quénu.

T..., jardinier, trente-cinq ans, entre le 11 janvier à l'hôpital Cochin dans le service de M. Quénu pour phlébite variqueuse.

Il est porteur, depuis la jeunesse, de varices aux jambes. Il n'en avait jamais été gêné, lorsque, à la fin de décembre, alors que survenait un abcès dentaire, il se forme à la partie supérieure et interne de la jambe droite, une petite tumeur rouge, dure, douloureuse. Après un repos de huit jours, le malade reprit son travail et aussitôt, la tuméfaction s'étendit le long de la jambe sur le trajet de la saphène interne. Là, on constate une tumeur allongée, avec bosselures noirâtres, adhérentes à la peau, mobile sur les plans profonds.

18 janvier 1894 : M. Quénu pratique l'ablation de ce paquet variqueux enflammé, après ligature de la saphène au-dessus. Guérison sans incidents.

L'observation ne contient pas de renseignements plus détaillés. Le malade sortit en parfait état le 23 mars 1894.

Observation XX (*in* thèse Etienne Aubin, 1903, résumée), M. Quénu.

O... (Joséphine), vingt-sept ans, entre à l'hôpital Cochin, service de M. Quénu, le 20 novembre 1891, enceinte de deux mois et demi.

Pendant sa première grossesse, elle eut des varices à la jambe gauche. Ces varices ont augmenté depuis qu'elle est enceinte, déterminant des douleurs et un peu d'œdème, puis survint une petite ulcération à la partie inférieure de la face interne de la jambe gauche. Une huitaine de jours avant son entrée, ses varices s'enflammèrent, la peau rougit et les cordons veineux devinrent durs. De vives douleurs irradiées jusqu'à la cuisse empêchent la malade de marcher.

Opération. — Le 7 décembre, incision sur la tumeur variqueuse. Ligature à la soie de la saphène en région saine. Dissection et ablation de la tumeur.

Ligatures des collatérales à la soie. Suture de la peau aux crins. On ne touche pas à l'ulcère.

Le quinzième jour, l'ulcère est cicatrisé et la malade envoyée le vingtième jour au Vésinet.

Au mois de mars 1897, cette femme fit une couche au sixième mois.

Revue en mars 1898, la malade ne se plaint plus de ses varices, qui sont très peu marquées; elle souffre de douleurs dans les deux pieds attribuées à un pied plat valgus.

Observation XXI (*in* thèse Robineau, 1895), M. Quénu.

L... (Ernest), quarante-trois ans, entre à l'hôpital Cochin, service de M. Quénu, le 4 février 1892. Variqueux depuis l'âge de quatorze ans, il vient se faire soigner pour une phlébite siégeant au niveau de la saphène interne gauche, étendue depuis la partie moyenne de la jambe jusqu'au 1/3 inférieur de la cuisse.

Les bourrelets variqueux indurés sont enlevés le 20 février par M. Quénu. Incision du 1 3 moyen de la cuisse, à la partie moyenne de la jambe, la veine est liée aux deux extrémités. On résèque le paquet phlébitique.

Le malade guérit rapidement, mais refuse de se laisser opérer la jambe droite, où les varices ne sont pas enflammées. Il quitte l'hôpital en fin mars.

Rentré le 16 avril 1894 pour phlébite variqueuse à droite, il est opéré le 7 mai par M. Sebileau, qui enlève, après ligature de la saphène interne, une tumeur siégeant au 1 3 inférieur de la cuisse et une autre à la partie supérieure et interne de la jambe.

On a constaté à ce moment l'excellent état de la jambe gauche, la cicatrice est simple. Il n'y a plus de varices que sur le trajet de la saphène externe au niveau du mollet.

Après la deuxième intervention, il y eut du sphacèle des téguments, l'élimination des eschares et la suppuration durèrent un mois.

Observation XXII, Morestin (résumée).

Femme de trente-cinq ans, variqueuse, à son onzième enfant, entre le 28 avril 1899, à l'hôpital Saint-Louis (isolement).

Son état général est grave; elle est adynamique. Elle présente un écoulement lochial, fétide, un utérus gros sans lésions périutérines.

A la base du poumon droit, large foyer de râles sous-crépitants.

Le membre inférieur droit est œdémateux, mou. Sur le trajet de la saphène interne existe une traînée phlegmasique et trois bosselures. Les deux plus élevées sont rouge violacé; l'inférieure est couverte d'une eschare grise et molle.

Au palper, on sent la saphène interne dure, depuis la partie moyenne de la jambe jusqu'au triangle de Scarpa.

Cette constatation permet d'admettre une embolie septique. Comme on ne trouve rien du côté du bassin, on pouvait espérer que la phlébite était purement externe.

La température étant normale et la fièvre manquant rarement dans les infections utérines, on traite l'utérus par des injections et on s'occupa de la veine.

Opération. — 27 avril, incision du boudin induré qui marque le trajet de la saphène. La veine découverte au milieu de la cuisse fut suivie jusqu'à sa terminaison pour la lier au delà de la partie thrombosée. Elle contenait des caillots mous jusqu'à sa terminaison.

L'ampoule paraissait contenir du sang liquide, mais, en l'incisant à cause de son manque de souplesse, je la trouvai remplie par un caillot qui se prolongeait un peu dans la fémorale.

Le caillot se laissa facilement attirer, y compris un prolongement fémoral, pendant qu'un doigt comprimait la veine au-dessus. Le sang vint alors abondamment. Une pince appliquée de suite fut remplacée par une ligature.

Extirpation de la veine de haut en bas jusqu'à mi-jambe. On sacrifie la peau au niveau des trois bosselures. Le segment enlevé mesure 45 centimètres.

Réunion de la peau aux crins. Pansement compressif pour un suintement sanguin important.

Le lendemain, il existe une amélioration notable ; la malade demande à manger.

En huit jours, le membre reprenait son volume normal. Il y a un peu de sphacèle des bords de la plaie en un point où la peau a été réséquée et où il y avait de la tension.

Suture secondaire après détersion à la curette.

Un mois après l'opération, la malade était complètement guérie.

CONCLUSIONS

De cette étude, consacrée à la défense du traitement chirurgical des phlébites variqueuses, nous tirons les conclusions suivantes :

1° A l'heure actuelle, le traitement s'applique à la très grande majorité des phlébites variqueuses. Il est seul capable de diminuer les chances d'embolie ou de septico-pyohémie, d'abréger la durée du traitement et de rendre au malade l'usage intégral de son membre;

2° La ligature simple n'abrège pas sensiblement la durée de traitement de la phlébite variqueuse. On pourra, à l'heure des accidents, se trouver entraîné à lier le fémorale ou même l'iliaque externe lorsque la migration des caillots remonte très haut dans le saphène;

3° C'est à la phlébectomie qu'il faut recourir. Pratiquée dès que le diagnostic est posé, elle peut seule constituer un traitement mettant le malade à l'abri des complications immédiates ou ultérieures. Elle doit être pratiquée sans aucune parcimonie, après ligature de la veine, en portion saine, en aval et en amont de la région infectée;

4° On peut dans un deuxième temps opératoire, en changeant d'instruments, pratiquer une opération aseptique sur la veine variqueuse, compléter la saphénectomie. Ceci, si limitée que soit l'étendue des lésions phlébitiques. On met ainsi le malade à l'abri d'une localisation ultérieure de phlébite sur les veines variqueuses respectées, ou de la régénération possible du réseau variqueux;

5° Les résultats immédiats et éloignés plaident en faveur de ce traitement. Le traitement médical se termine par une oblitération définitive. Il laisse subsister un foyer d'infection, toujours prêt à se réveiller et à occasionner des accidents graves.

Vu par le président de la thèse :

PIERRE DELBET.

Vu :

Le Doyen : L. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1825. Briquet : Les varices. *Arch. générales de Méd.*
1869. Lelong : Th. de Paris.
1872. Nicaise : Th. d'agrégation.
1878. Rigaud : *Mém. de la Soc. de Chir.*
1881. Desmons : *Mém. de la Soc. de Chir.*
1882. Trousseau : *Leçons de chir. méd.*, t. III.
1884. Tuffier : *Bull. de la Soc. anat.*; Madelung : Trait. des veines. *Congrès des chirurg. allemands.*
1885. Ch. Vinay : Art. Veines. *Dict. de Méd. et Chir. prat.*
Kraussold : *Arch. f. klin. Chir.*
1889. B. Broca : Phlébite variqueuse. *Rev. de Chir.*
1892. Quénu : Résection de la veine poplitée, dilatée et thrombosée. *Cong. français de Chir.*
1893. Isch Wall : Rapp. par Reynier. *Bull. de la Soc. anat.*
Schwartz : Extirpation de phlébite variqueuse. *Bull. de la Soc. de Chir.*, p. 146-388.
Méheux : Th. de Paris.
Quénu : *Rev. de Chir.*; *Bull. de la Soc. anat.*
1894. Mendel : *Arch. gén. de Méd.*
Segond : *Soc. de Chir.*
1895. Jaccoud : *Bull. méd.*, 28 juillet.
1896. Schwartz : Phlébite variqueuse. *Presse méd.*, p. 57.
Chabenat : *Varices enflammées.* Th. de Paris.
Mérieux : *Varices enflammées.* Th. de Paris.
Vaquez : Phlébite. *Clin. Charité.*
1897. Pierre Delbet : *Leçons cliniques.*
Guériteau : Th. de Paris.
Schwartz : *Traité de Chir. clin. et opér.*, t. IV, p. 423.
1898. Bennet : Thromboses variqueuses, *Lancet.*
Schwartz : *Rev. de Chir.*, p. 1087; *Presse méd.*, n° 74. *Congrès de Chir.*
Robineau : Th. de Paris.
Longuet et Balthazard : *Presse méd.*. 7 déc.
1899. Auvray : *Bull. de la Soc. anat.*, p. 928.
Broca : Phlébite variqueuse. *Rev. de Chir.*
Morestin : *Bull. de la Soc. anat.*
1902. Bouglé : *Chir. des vaisseaux.*
Sagot : *Phlébite variqueuse de la saphène et des branches.* Th. de Paris.
Longuet et Péraire : *Bull. de la Soc. anat.*

1903. Wagon et Bouchet : *Bull. de la Soc. anat.*
Aubin Etienne : Th. de Paris, n° 326.
Ricard et Launay : *Traité de Thérap. chirurg.*
1904. Terrier et Reymond : *Soc. anat.*
1905. Le Dentu : *Cliniques chirurgicales.*
Morestin : Phlébite v. suppurée. *Soc. anat.*
Auvray : Phlébite v. suppurée. *Soc. anat.*
Reymond et Sénéchal : *Bull. de la Soc. anat.*
1906. Terrier et Alglave : Saphénectomie. *Rev. de Chir.*
1907. Schlissinger : *Trait. des phléb. superf. des memb. inf.* Th. de Paris.
1908. Trendelenburg : Artériotomie pulmon. *Zentr. für Chir.*
Sénéchal : *Bull. de la Soc. anat.*
1910. *Comptes rendus Cong. Chir.*
1911. Cuny : Th. de Paris, n° 255.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 7774.